ACADÉMIE DE MONTPELLIER N° 79

FACULTÉ DE MÉDECINE

ÉTUDE

DES

INDICATIONS OPÉRATOIRES DES FIBROMES

AU COURS DE LA GROSSESSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1914

PAR

Paul PONTAL

Né à Bourg-Saint-Andéol (Ardèche), le 14 février 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

VIRES, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé. } *Assesseurs.*
ETIENNE, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

ÉTUDE

DES

INDICATIONS OPÉRATOIRES DES FIBROMES

AU COURS DE LA GROSSESSE

ACADÉMIE DE MONTPELLIER

N° 79

FACULTE DE MEDECINE

ÉTUDE

DES

INDICATIONS OPÉRATOIRES DES FIBROMES

AU COURS DE LA GROSSESSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1914

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Paul PONTAL

Né à Bourg-Saint-Andéol (Ardèche), le 14 février 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

VIRES, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé. } *Assesseurs.*
ETIENNE, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)	Doyen.
SARDA	Assesseur.
IZARD	Secrétaire

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✻).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale	RAUZIER (✻).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	N...

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), HAMELIN (✻), GRASSET (O ✻).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a.l. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS, ch. des F.
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse ;

MM. VIRES, professeur, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
GRANEL, professeur.	ETIENNE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

AUX MIENS, A TOUS CEUX QUE J'AIME

Je dédie ce modeste ouvrage.

P. PONTAL.

ETUDE

DES

INDICATIONS OPÉRATOIRES DES FIBROMES

AU COURS DE LA GROSSESSE

INTRODUCTION

Nulle question peut-être n'a été plus controversée que celle du traitement chirurgical des fibromes au cours de la grossesse. Les opinions les plus opposées ont été, tour à tour, produites et soutenues, tant en France qu'à l'étranger. On a vu certains auteurs préconiser, avec grande apparence de raison, l'abstention systématique; d'autres conseiller, en se basant sur des raisons valables aussi, l'intervention prophylactique conservatrice.

Rien n'est plus instructif, à ce point de vue, que la lecture des comptes rendus de la discussion, qui eut lieu à ce propos à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris, dans le courant de l'année 1901.

Deux clans s'y dessinent très nettement. D'un côté, nous avons les interventionnistes, qui considèrent que l'ap-

parition de troubles sérieux, sans être graves, justifient une intervention radicale. Il en est de même qui pensent que la simple coexistence du fibrome et de la grossesse est un danger dont il faut délivrer la femme. Ce sont MM. Legueu, Condamin, J.-L. Faure. C'est encore M. Schwartz, qui admet comme indication valable la gêne des fonctions respiratoires et digestives, la tendance des fibromes à croître rapidement.

C'est surtout M. Richelot, qui, persuadé de la fréquence des accidents, reconnaît aux fibromes les mêmes indications opératoires, qu'ils soient ou non compliqués de grossesse, et n'hésite pas à intervenir quand la femme lui paraît en état de légitime défense.

Dans le clan opposé se rangent M. Pinard et tous ceux, accoucheurs ou chirurgiens, qui n'admettent en aucune circonstance l'opération préventive, et qui pensent que l'abstention doit être systématiquement pratiquée, à moins d'accidents graves. Ce sont MM. Routier, Quénu, Delbet, Segond, Montprofit.

Nous allons donc examiner sans parti-pris d'aucune sorte quelles sont les indications et les résultats opératoires des fibromes traités au cours de la grossesse, et nous tâcherons de conclure aux différentes circonstances qui doivent forcer la main du chirurgien, apportant au débat les observations très instructives qu'a bien voulu nous communiquer M. le professeur agrégé Soubeyran.

CHAPITRE PREMIER

Sous l'influence de la grossesse, les corps fibreux de l'utérus subissent une série de modifications aujourd'hui bien connues.

Parmi ces modifications, d'importance d'ailleurs variable, les unes portent sur le volume de la tumeur, qui grossit plus ou moins, et dont le tissu peut se trouver diversement altéré; les autres ont rapport à la situation de la tumeur, qui se déplace du fait de l'accroissement de volume de l'utérus.

C'est une notion généralement admise que les corps fibreux subissent, au cours de la grossesse, un accroissement plus ou moins marqué.

Ces tumeurs, disent Ribemont-Dessaignes et Lepage, augmentent pendant la grossesse, pour subir pendant les suites de couches une sorte de régression; cependant il est de règle que, après l'accouchement, les tumeurs fibreuses conservent un volume plus considérable qu'avant la conception. Quant aux faits exceptionnels, dans lesquels on a signalé la disparition des fibromes pendant la grossesse, il y a lieu de se demander si ces tumeurs n'avaient pas subi un aplatissement tel qu'elles fussent devenues difficilement appréciables à la palpation. En effet, pendant la grossesse, les tumeurs fibreuses participent aux phénomènes de ramollissement que l'on observe du côté des organes génitaux. Elles subissent une sorte de ramollissement phy-

siologique dû à une vascularisation plus intense. Dans certains cas, il y a plus que du ramollissement : il existe une sorte de dégénérescence provenant de lésions qui se développent dans le fibrome mais qui ne semblent pas être causées directement par la grossesse. Au fur et à mesure que la grossesse évolue, le ramollissement est de plus en plus marqué; le fibrome s'assouplit (Depaul), s'aplatit, de telle sorte que son augmentation de volume se trouve en partie compensée (1).

En réalité, l'accroissement de volume de la tumeur au cours de la grossesse est dès plus variables. Certains fibromes ne sont pour ainsi dire pas modifiés dans leurs dimensions. D'autres croissent avec une rapidité surprenante. Pour citer quelques exemples, nous rappellerons le cas de Cameron (2), dans lequel une femme, porteuse d'un myome auparavant gros comme une noix, présentait au cinquième mois un abdomen aussi volumineux qu'une femme à terme.

Dans un cas de Routier (3), une femme enceinte de quatre mois sent tout à coup se développer dans son ventre une énorme tumeur; elle étouffe du fait du refoulement du diaphragme.

Dans un cas de Terrier (4), une femme de 33 ans, porteuse depuis huit mois d'une tumeur abdominale, devient enceinte, et, au cinquième mois, son ventre est assez gros pour l'empêcher de marcher.

Il ne semble point que la situation du corps fibreux dans l'utérus ait une importance bien marquée sur le degré de son accroissement. Cependant, les fibromes du corps aug-

---

(1) Ribemont-Dessaignes et Lepage. Précis d'obstétrique, p. 982.
(2) Cameron, cité par Wertheim, loc. cit.
(3) Routier. Bull. et Mém de la Soc. de Chirurgie, 1902.
(4) Terrier. In Thèse de Zaborowski, Paris.

mentent surtout de volume dans le courant des premiers mois, tandis que les fibromes du col ne prendraient un plein développement que sur la fin de la grossesse.

Dans un bon nombre de cas, l'augmentation de volume des fibromes reste modérée et constitue un incident plutôt qu'un accident. Parfois, et surtout lorsqu'il s'agit de fibromes pelviens, cet accroissement détermine des troubles de compression pénibles. Enfin, dans quelques cas heureusement exceptionnels, le développement de la tumeur prend une marche suraiguë. Le fibrome acquiert en peu de temps un volume formidable et constitue un danger imminent par sa répercussion sur l'état général. C'est ce que M. Pozzi a appelé la (Marche galopante) des fibromes, qui trompe souvent et fait croire à la présence d'une tumeur maligne.

L'état général est, en effet, profondément atteint. Les malades sont pâles et émaciées; elles se plaignent de dyspnée, de palpitations, de sensations d'étouffement, qui traduisent le surmenage du muscle cardiaque; l'albuminurie est fréquente. Des vomissements, des troubles intestinaux ne tardent pas à survenir, activant encore la dénutrition, et qui font de l'intervention active une nécessité vitale.

L'augmentation de volume des fibromes, au cours de la grossesse, résulte en majeure partie de l'*infiltration œdémateuse* de la tumeur. La consistance du fibrome est, en effet, molle, fluctuante; dans certains cas, même, le raclage de la surface de section amène l'écoulement d'une certaine quantité de liquide séreux.

Dans certains cas cependant, il s'agit d'une hypertrophie véritable de la tumeur, dont les éléments sont multipliés.

D'après Cornil (1), cette hypertrophie porterait sur les fibres musculaires lisses et serait absolument comparable à celle qui intéresse le muscle utérin lui-même.

Pour Doleris (2), il s'agirait surtout d'une hyperplasie des éléments conjonctifs se traduisant par un épaississement des cloisons fibreuses et une lobulation plus nette du fibrome. Les cloisons interlobulaires et internodulaires sont constituées par un tissu peu dense. Les éléments musculaires abondent dans la périphérie de la tumeur, tandis qu'ils diminuent dans les cloisons de plus en plus ténues qui se ramifient vers le centre, entre les plus petits nodules.

Ces nodules, de plus en plus restreints, parfois très réguliers, parfois assez irréguliers pour être difficilement perçus sur une coupe, sont ainsi disposés:

1° Une zone centrale, riche surtout en vaisseaux artériels;

2° Une zone moyenne, formée de faisceaux connectifs, parallèles aux vaisseaux pour la plupart, dont la substance a subi à divers degrés la transformation muqueuse ou colloïde. Cette même transformation apparaît dans les cellules;

3° Une zone périphérique, constituée par des faisceaux conjonctifs disposés en divers sens et dans lesquels on trouve beaucoup d'éléments jeunes fusiformes ou arrondis; faisceaux musculaires rares, disposés en divers sens sur la coupe; vaisseaux assez nombreux, avec prédominance des veines.

---

(1) Cornil. Sur les altérations anatomiques des myômes, pendant la grossesse. An. de Gyn. et d'Obst., 1863, vol. XXXIX, p. 228.

(2) Doleris. Arch. de Tocologie, janv. 1883 et Thèse de Turner, 1900.

On trouve fréquemment, çà et là, de petites anfractuosités remplies soit par du sang coagulé, soit par du sang liquide, soit par une sérosité plus ou moins teintée; ces anfractuosités, provenant de ruptures vasculaires, survenues aux dépens des capillaires les plus friables, et ayant donné lieu à de petites apoplexies du tissu ou à de simples infiltrations sanguines dans les cavités lymphatiques.

Ces diverses altérations sont, d'ordinaire, d'autant plus accusées que le fibrome est en rapport plus direct avec l'utérus, et que sa structure se rapproche davantage de celle du muscle utérin; elle s'observe par conséquent de préférence sur les fibromes interstitiels ou sous-muqueux, beaucoup plus rarement que sur les fibromes sous-péritonéaux.

A côté de ces lésions hypertrophiques ou œdémateuses, on observe, avec une assez grande fréquence, toute une série de lésions régressives.

Il arrive parfois que le fibrome subit dans sa totalité un processus de mortification aseptique. La surface de section présente alors une coloration brunâtre ou feuille morte, une consistance assez molle. A l'examen histologique, on constate qu'il s'agit d'une nécrose complète; les noyaux cellulaires ont complètement disparu et, sur les coupes, on ne trouve plus qu'une série de longues bandes fibreuses, colorées en rose pâle par l'éosine, et où il n'existe plus aucun élément figuré. Ce sont là, nous y insistons, des lésions rigoureusement aseptiques; le fait a une importance de premier ordre au point de vue opératoire, car il implique la possibilité d'énucléer par la laparotomie de semblables tumeurs, en conservant l'utérus et sans faire courir de danger d'infection à la malade.

Mais, plus souvent, le processus de *nécrose* des fibromes au cours de la grossesse, revêt un autre type. La tumeur

se ramollit à son centre, elle s'excave, se creuse d'une cavité centrale irrégulière et anfractueuse, plus ou moins étendue et contenant un liquide visqueux ou séreux, qui tient en suspension des débris mortifiés. On aboutit ainsi à une véritable transformation kystique (1).

On a signalé enfin la suppuration et la gangrène du fibrome (2). Ce sont là des complications beaucoup plus graves qui peuvent aboutir à une péritonite mortelle, ces accidents sont d'ailleurs tout à fait exceptionnels au cours de la grossesse et on ne les observe guère que dans les suites de couche.

---

(1) Vogel. Th. de Giessen, 1886. Mackenrodt, Zeitschr. für G. u. G., B. d. 31, p. 452.

(2) Krukenberg. Archiv. für Gyn., 1883, B. d. 21, p. 166. — Frank. Monoksschrift für Geb. Und. Gyn., 1903, B. d. 17, Heft, III. — Charles Martin, in Thèse de Joubert, Paris 1907, p. 22.

CHAPITRE II

A côté des modifications qui portent sur la question même du corps fibreux et qui n'ont, à l'exception des complications infectieuses, qu'une importance secondaire au point de vue chirurgical; il convient d'attacher une attention spéciale aux modifications qui peuvent être apportées à la *situation de la tumeur dans l'abdomen,* du fait de l'augmentation du volume de l'utérus. Ceci offre un intérêt de premier ordre au point de vue des rapports du fibrome avec le canal pelvien.

On sait, depuis les travaux de Terrier, que les fibromes ont pendant la grossesse une tendance à s'élever progressivement dans l'abdomen. Leur évolution peut parfois être suivie pas à pas: ceci n'a point évidemment une bien grande importance pour les fibromes sous-séreux, implantés dans le fond de l'utérus, et qui ne sont jamais, pour ainsi dire, cause de dystocie. Mais il en va autrement des fibromes bas situés, des fibromes pelviens, qui, eux, apportent parfois une difficulté insurmontable à l'accouchement.

A ce point de vue, l'évolution d'une grossesse compliquée de fibrome réserve parfois d'heureuses surprises. On voit des fibromes, enclavés primitivement dans le bassin, s'élever peu à peu, franchir le détroit supérieur et, ouvrant la route au fœtus, cesser de constituer un danger sérieux.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi; et quel-

quefois les fibromes s'enclavant et se fixant de plus en plus dans le pelvis, peuvent devenir le point de départ d'accidents divers et de gravité variable que nous allons successivement passer en revue.

Rétroversion et incarcération de l'utérus gravide. — Nous avons dit que les fibromes de l'utérus subissaient généralement un processus d'élévation au cours de la grossesse.

Malheureusement, il est à cette règle d'assez nombreuses exceptions. Cette ascension peut être entravée par la forme, le nombre, la dimension et la situation des tumeurs, par leur dureté aussi et leur manque de souplesse. Le phénomène inverse est même possible et une tumeur du fond de l'utérus, primitivement extra-pelvienne, peut tomber dans le bassin et y demeurer enclavée si l'utérus vient à se couder en arrière.

Autre exemple : Un utérus contient un corps fibreux dans la face antérieure ou, plus souvent, dans la face postérieure. Sous l'influence du développement de la grossesse l'utérus augmente de volume. Le fibrome vient buter contre le promontoire et ne peut le franchir ; l'utérus tombe en rétroversion et les progrès de la grossesse ne font souvent qu'accroître l'incarcération de la tumeur.

Mais ce sont surtout les fibromes développés aux dépens des parties inférieures de l'utérus, et spécialement des fibromes intra-ligamentaires qui fournissent les plus nombreux cas d'incarcération. Ces fibromes n'ont qu'une mobilité très relative et, à moins d'une chance inespérée, leur désenclavement spontané est à peu près impossible.

C'est vers le quatrième mois, quelquefois un peu plus tôt, rarement plus tard, qu'apparaissent les accidents dus à l'incarcération du fibrome. Cette époque correspond,

en effet, à la période d'accroissement brusque de l'utérus et du fibrome. Tantôt, les accidents débutent brusquement et violemment, sans causes appréciables, tantôt ils surviennent à la suite d'une chute, comme dans le cas de Grosse (1) ; tantôt, et le plus souvent, la marche est progressive et l'on voit survenir des accidents d'abord légers puis qui s'accentuent de plus en plus. Les malades éprouvent une sensation de pesanteur, des douleurs pelviennes, sciatiques ou crurales, de la constipation, de la dysurie, souvent à la suite du repos au lit, ces phénomènes s'atténuent et disparaissent ; cela tient à ce que, sous l'influence du ramollissement de la tumeur et de l'ascension marquée qui se produit vers la fin du quatrième mois, le fibrome s'est dégagé de l'obstacle qui l'arrêtait et de pelvien est devenu abdominal. Ces accidents d'incarcération passagère sont assez communs, et nous en trouvons deux exemples remarquables tirés de la pratique de M. le professeur Pozzi et rapportés par M. Joubert (2).

Dans quelques cas, exceptionnels à la vérité, l'incarcération peut être tolérée jusqu'au terme de la grossesse. Dans une observation de Varnier et Delbet (3), l'utérus, portant un fibrome du volume du poing, inséré au-dessus et en arrière de la corne gauche, adhérent, était tombé en rétroversion, refoulant le rectum à gauche. La tumeur fut parfaitement tolérée, mais, obstruant le pelvis, elle rendit l'accouchement impossible et l'enfant succomba. Il fallut pratiquer l'hystérectomie totale.

Dans un cas de Thorn (4), un fibrome de la paroi posté-

---

(1) Grosse. Thèse de Paris, 1903 Obs, I et II.
(2) Joubert Thèse de Paris, 1907. Obs. XXI et XXII.
(3) An. de Gyn., 1897.
(4) Thorn Münchner Med. Wochenschrift, 1905.

rieure, incarcéré put être réduit sous chloroforme. La malade accoucha à terme, au moyen d'une application de forceps, et l'enfant vécut. Ces cas heureux sont malheureusement assez rares et, dans les fibromes incarcérés, on est conduit le plus souvent à intervenir de bonne heure, par suite de l'intensité des phénomènes de compression.

Accidents de compression pelvienne. — Ces accidents existent évidemment au maximum dans le cas d'incarcération. Mais ils surviennent aussi avec une assez grande fréquence dans certains cas où la tumeur est mobile, mais où, par son volume, par son poids, par les prolongements pelviens qu'elle peut présenter, elle exerce une compression marquée sur les organes du petit bassin. Nous analyserons ces troubles en passant en revue les différents organes qu'ils peuvent intéresser, mais en nous rappelant qu'ils sont presque toujours associés, formant un ensemble symptomatique qui variera avec chaque cas particulier.

Les troubles de compression nerveuse. — Sont assurément les plus fréquents, ceux que l'on observe pour ainsi dire toujours, à un degré plus ou moins accentué. Ce sont parfois des douleurs sourdes, gravatiques, localisées à la région sacrée ou à la région hypogastrique, et qui, par leur persistance incommodent beaucoup les malades. Ces douleurs s'exagèrent par la station debout, par la marche; elles se calment généralement par le repos, par le séjour au lit. D'ordinaire, ces douleurs s'accompagnent d'irradiations dans les reins, vers les cuisses, affectant souvent le type de la névralgie crurale.

Parfois, les douleurs surviennent brusquement, par accès, sous forme de coliques violentes et peuvent simuler des accidents de torsion. Dans quelques cas, ces phénomè-

nes douloureux sont si violents qu'ils rendent le repos impossible à la malade et retentissent gravement sur l'état général; ils peuvent constituer alors une indication impérieuse à l'opération.

Les troubles de compression des voies urinaires sont, avec les accidents de compression nerveuse, ceux que l'on observe le plus communément. La dysurie légère avec pollakyurie est signalée dans un grand nombre d'observations. A ce degré, les troubles urinaires constituent une gêne plutôt qu'une complication véritable. Mais souvent lorsque l'utérus a grossi, les besoins d'uriner deviennent continuels et la miction elle-même est douloureuse.

Un degré de plus et la rétention s'établit avec la menace d'infection qu'elle comporte en raison des cathétérismes répétés que l'on est obligé de pratiquer. Dans un cas rapporté par Jacobs la malade n'urinait que par regorgement et, malgré les mictions fréquentes et douloureuses, elle ne pouvait arriver à vider sa vessie distendue par plusieurs litres de liquide.

Ces accidents vésicaux tiennent parfois à la compression simple et on peut espérer les voir céder si le fibrome vient à se désenclaver. Mais, dans certains cas, ils résultent d'un déplacement de la vessie, adhérente au fibrome et qui se trouve allongée, étirée, déformée, à mesure que l'utérus augmente de volume.

Lorsque la compression porte sur les uretères, les accidents sont encore plus redoutables. On observe souvent de l'albuminurie, à un taux plus ou moins élevé, et c'est déjà là un accident sérieux. Mais, pour peu qu'il y ait de la cystite l'infection ascendante et la pyélonéphrite seront à peu près inévitables, et la vie même de la malade pourra être sérieusement menacée.

Dans les cas de ce genre, il y aura évidemment une indication pressante à intervenir et il ne faudra pas attendre pour cela que les accidents aient atteint un degré suffisant pour compromettre le succès de l'opération.

Les troubles de compression vasculaire s'observent avec une fréquence beaucoup moindre et n'ont pas, en général, une grande gravité. Ils se bornent, le souvent, à un œdème léger des membres inférieurs, d'ailleurs souvent transitoire.

Dans quelques cas cependant, l'œdème est plus accentué; il peut s'étendre à la paroi abdominale et causer une gêne assez marquée.

De même que les troubles de compression urinaire, *les troubles de compression intestinale* se trouvent signalés au moins d'une façon passagère, dans un très grand nombre d'observations. La constipation est habituelle et l'on est obligé de lutter contre elle à grand renfort de lavements et de purgatifs. Dans les cas sérieux, soit qu'il s'agisse d'un fibrome volumineux comprimant toute la masse intestinale, soit qu'il s'agisse d'un fibrome pelvien comprimant le rectum; la constipation prend peu à peu les allures d'une occlusion chronique et progressive.

Le ventre se ballonne, l'appétit est perdu, la langue est sale, l'haleine fétide; des vomissements surviennent souvent et, le visage pâle, les traits tirés, témoignent des progrès de l'intoxication. L'état général ne tarde pas à être profondément atteint.

Troubles de réaction péritonéale. — Ces symptômes s'observent assez fréquemment lorsque la tumeur a subi un accroissement rapide. On observe parfois des accidents atténués, à marche lente; caractérisés par des douleurs,

des vomissements modérés, de la sensibilité du ventre et de la tumeur.

Parfois, au contraire, les accidents affectent une marche aiguë, et qui peut devenir inquiétante: les vomissements sont fréquents, le ventre est ballonné avec une sensibilité extrême de la paroi, le pouls est rapide; il y a quelquefois un peu de température.

Dans un cas de Montprofit, les vomissements incessants ne permettaient plus l'ingestion d'aucun aliment; l'amaigrissement et la faiblesse de la malade étaient extrêmes, sa vie était en danger et, de même que dans les vomissements incoercibles, on dut se résigner à sacrifier l'enfant pour sauver la mère. M. Montprofit pratiqua l'hystérectomie.

Un certain nombre d'observations ont montré, comme nous allons le voir, que ces accidents de réaction péritonéale étaient dus quelquefois à la torsion du pédicule de fibromes sous-péritonéaux.

La torsion du pédicule des fibromes sous-séreux au cours de la grossesse, du moins, la torsion suffisante pour déterminer des accidents sérieux, s'observe assez rarement. Dans une intéressante communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, M. Lepage (1) en avait rassemblé cinq observations dont un cas personnel. Dans sa thèse, en 1906, Berniolle (2) en rapporte un cas nouveau, celui de David. Enfin, Joubert (3), a publié dans

---

(1) Lepage et Mouchotte. Bull. de la Société d'obstétrique, de gyn. et de pédiatrie de Paris, 8 janvier 1906.

(2) Berniolle. Les fibromes de l'utérus sous-péritonéaux, à pédicule tordu au cours et en dehors de la grossesse. Thèse de Paris, G. Steinheil, 1906.

(3) Joubert. Thèse de Paris, 1907. Obs. XXIV et XXV.

sa thèse deux observations inédites provenant de la pratique de M. Ch. Martin (d'Angers), et Malherbe et Grosse ont communiqué à la Société d'obstétrique et de pædiatrie, un cas intéressant.

La torsion des fibromes sous-séreux pédiculés, de même que celle des kystes de l'ovaire, s'observe surtout du deuxième au sixième mois de la gestation. Cette torsion se produit de préférence dans les cas de fibromes peu volumineux, particulièrement quand le pédicule est court et épais et que le corps fibreux est presque séssile. Dans toutes les observations publiées, la torsion s'est faite dans le sens de l'aiguille d'une montre et présentait un nombre variable de tours de spire. Le début des accidents est généralement brusque. La malade est prise de douleurs violentes dans l'abdomen, douleurs survenant par crises et s'accompagnant d'irradiation lombaire ou crurale. Les vomissements sont fréquents; le ventre est ballonné et très sensible à la palpation; la constipation est très marquée. Le tableau clinique est calqué, en somme, sur celui de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.

Le plus souvent, les accidents se présentent sous la forme de poussées successives avec période d'accalmie, mais l'état de la malade s'aggrave rapidement et on est obligé d'intervenir assez rapidement.

Nous rapprocherons de la torsion du pédicule du fibrome sous-séreux, les cas de torsion axiale de l'utérus fibromateux gravide. C'est un accident grave. Nous avons consulté les observations de Thorn (1), de Lepage (2), et

---

(1) Thorn. Münchner Med. Wochenschrift, 1905.

(2) Lepage. Bull. de la Soc. d'obst., de gyn. et de pæd. de Paris, 8 janvier 1906.

d'Ivanoff (3). Dans ces cas, la torsion se fait au niveau de l'isthme. Les symptômes ne diffèrent pas de ceux des fibromes pédiculés avec peut-être, cependant, une intensité moindre.

D'autres éventualités peuvent encore justifier l'intervention dans les cas de grossesse compliquée de fibromes tendant à interrompre la grossesse ou encore mettant en danger les jours du fœtus et trop souvent ceux de la mère; nous allons les passer rapidement en revue.

Les *hémorragies* sont assez peu fréquentes au cours de la grossesse. Elles sont presque toujours dues, d'après M. Pinard, à l'insertion basse du placenta. Ces hémorragies se produisent souvent à l'époque habituelle des règles et présentent des caractères analogues comme abondance et comme durée.

Elles peuvent, dans ces conditions, constituer des causes d'erreur et conduire à méconnaître l'existence d'une grossesse. Elles sont rarement assez alarmantes pour nécessiter une intervention chirurgicale.

Souvent elles cèdent aux traitements ordinaires: repos au lit, injections chaudes, hémostatiques utérins. Mais elles peuvent prendre des caractères de profusion et de fréquence qui mettent rapidement la femme dans un état d'anémie profonde. Il serait tout à fait illogique d'attendre pour intervenir que les choses en soient à ce point, puisque cette anémie post-hémorragique est une contre-indication à l'ablation immédiate de tout fibrome.

Pendant longtemps, on a admis que l'*avortement* était fréquent dans les cas de grossesse compliquée de fibrome. Les statistiques de Lefour (12,7 0/0) et celle de Nauss

---

(3) Ivanoff. Bull. de la Soc. d'obst , de gyn. et de pæd. de Paris, 11 mars 1907.

(18 0/0), paraissaient singulièrement probantes. Hofmeier (1) cependant s'est élevé contre cette opinion. Sur 42 cas de fibromes il n'a observé que quatre avortements soit une proportion de 9,52 0/0.

Méheut (2) pense lui aussi, que les avortements ne sont guère plus fréquents dans la grossesse non compliquée de fibromes. Sur 85 cas, il note seulement trois avortements, plus un cas où l'on dut pratiquer l'hystérectomie au cinquième mois et un autre cas où l'on provoqua l'avortement pour hépatotoxémie, soit en tout une proportion de 5,88 0/0 des cas.

Il semble que ces chiffres soient un peu faibles. On conçoit très aisément que de petits fibromes pédiculés, s'engageant à travers l'orifice interne du col, puissent facilement produire l'avortement. Ces fibromes peuvent parfaitement passer inaperçus et nous nous rallions absolument à l'opinion de Turner qui pense que les fibromes sont une cause d'avortement qui serait reconnue plus souvent si l'on pratiquait un examen gynécologique précis dans les dix ou quinze jours qui suivent l'interruption d'une grossesse.

Dans ces derniers cas, l'intervention même au cours de la grossesse sera une garantie pour la vie de l'enfant. La tolérance des utérus gravides à l'avortement post-opératoire est d'ailleurs quelquefois presque incroyable.

C'est ce qui a inspiré la formule de MM. Tuffier et De Rouville au Congrès de Lisbonne, en 1906 : « Tout fibrome déjà cause d'avortement ou d'accouchement prématuré sera opéré ».

La mort du fœtus et sa rétention dans l'utérus ont été

---

(1) Hofmeier. Congrès international, Paris, 1900.

(2) Méheut. Loc. cit.

quelquefois observés. D'après Lefour cette mort est due le plus souvent à des hémorragies insuffisantes pour entraîner l'expulsion de l'œuf, mais capables de produire dans la circulation utéro-placentaire des troubles accentués. Elle peut également provenir de la compression exercée directement sur le fœtus par le fibrome.

Si la poche des eaux vient à se rompre, on peut voir se produire l'infection de l'œuf, la putréfaction fœtale avec les accidents redoutables qui en sont la conséquence.

On a encore attribué aux fibromes de l'utérus un rôle pathogénique important dans la production des grossesses ectopiques. Flammerdinghe (1) pense que les myômes sous-muqueux voisins des orifices tubaires sont susceptibles de gêner l'arrivée de l'œuf dans la cavité utérine et de l'immobiliser dans la trompe.

---

(1) Flammerdinghe. Thèse de Wurzburg. 1887.

CHAPITRE III

INDICATIONS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Etant maintenant bien éclairé sur la nature des dangers qui guettent la femme présentant un utérus fibromateux, à partir du moment où elle devient enceinte et pendant tout le cours de sa conception, nous allons maintenant poser nettement les indications qui devront forcer la main du chirurgien au cours de la grossesse.

A ce point de vue, une triple question se pose à notre esprit:

1° Faut-il intervenir préventivement de manière à éviter tous les accidents qui mettent en danger la vie de la femme?

2° Quels sont les accidents qui justifient l'intervention?

3° Quelle sera l'opération que nous choisirons en cas d'intervention?

Certains chirurgiens croyant à la grande fréquence des troubles graves pendant la grossesse estiment que le danger de mort, comme une épée de Damoclès, plane constamment sur la tête de la femme enceinte. Ils considèrent donc que « le chirurgien doit agir préventivement s'il veut sauver la femme » (Richelot).

C'est aussi l'avis de Labadie-Lagrave et Legueu qui écrivent: « Le mieux est donc si l'on prévoit des difficultés

pour la grossesse ou pour l'accouchement, de pratiquer l'ablation de la tumeur ».

Il en est de même des chirurgiens étrangers, Bland Sutton et surtout Suarez, qui, au Congrès de Lisbonne, en 1905, a émis l'opinion un peu radicale d'intervenir sitôt le diagnostic posé.

Par contre, la plupart des auteurs actuellement sont contre l'intervention préventive; c'est ainsi que Méheut (Th. de Paris, 1902) résumant les idées de Pinard, Varnier, Lepage, Brindeau, etc., conclut que: « Jamais on n'opérera préventivement au sens propre du mot, mais seulement en présence d'un danger constaté ». Depuis cette époque, les conclusions de Méheut se sont généralisées et devenues classiques.

Les chirurgiens ne sont point encore d'accord sur les accidents qui doivent justifier l'intervention. Ce point est encore discuté, aujourd'hui surtout que l'appréciation des accidents est différente suivant les auteurs, c'est ainsi que Quénu attache une grande importance à l'état général, résultante fonctionnelle.

Pozzi reconnaît les indications générales suivantes: « Des troubles de compression du côté de la vessie et du rectum; des douleurs violentes qui quelquefois ne laissent pas à la malade un moment de repos ou de sommeil; une gêne circulatoire, se traduisant par des œdèmes étendus, l'insuffisance cardiaque avec des palpitations, les étouffements pénibles qui l'accompagnent. Ce seront enfin les vomissements répétés qui vont devenir incoercibles, les hémorragies abondantes, les phénomènes d'irritation péritonéale, ou encore une rapide augmentation du volume du fibrome qui peut affecter une marche véritablement galopante... Lorsque la situation paraît dangereuse..., il ne faut plus temporiser ».

D'autres auteurs paraissent avoir le souci de prévenir en quelques cas des accidents dystociques (Martin), ou des hémorragies de la délivrance (Pozzi, Delagénière).

Il résulte de tout ce qui précède que la règle générale est celle-ci :

1° L'intervention ne sera motivée que par des troubles sérieux existant, par des accidents graves ;

2° Elle ne doit être décidée qu'après une étude détaillée de chaque cas et du siège de la tumeur, c'est surtout, à ce point de vue, qu'il faut distinguer trois groupes de fibromes : fibromes vaginaux, pelviens et abdominaux.

Pour les fibromes vaginaux puisqu'il s'agit de fibromes pédiculés, l'ablation faite de bonne heure, constitue le seul moyen de couper court aux hémorragies souvent graves.

Dans les fibromes interstitiels du col, tant qu'ils sont petits et bien limités, Delagénière conseille d'intervenir pour éviter, d'une part, les métrorragies et, d'autre part, la dystocie consécutive.

Enfin, lorsque les fibromes sessiles sont très gros, et mal limités, il faudra, vu les risques opératoires, de sérieux motifs d'agir analogues à ceux qui concernent les tumeurs pelviennes du segment inférieur. On aura tout avantage dans ce cas, à moins d'accidents graves, à attendre au moins la viabilité de l'enfant.

Dans les fibromes pelviens du segment inférieur (isthme et partie sus-vaginale du col) qui sont pour ainsi dire primitivement voués à une incarcération et déterminent ainsi des accidents de compression et de dystocie, on interviendra dès qu'on verra que les accidents de compression ne s'amendent pas et sans attendre des symptômes très graves.

Dans tous les autres fibromes pelviens, les chances d'as-

cension sont plus considérables et l'attente peut être prolongée comme dans les fibromes abdominaux.

La formule générale, dans les cas de fibromes abdominaux, est: « N'opérer qu'en présence de dangers constatés ». On pourra prolonger l'attente aussi longtemps que possible, sans toutefois attendre le moment où la femme n'a plus d'espoir qu'en l'opération et où le pronostic paraît fatal.

Ainsi l'intervention sera nécessaire dans les conditions suivantes: gravité des troubles de l'état général, troubles mécaniques de compression, hémorragie, accidents infectieux et réaction péritonéale.

Quant au choix du mode opératoire, trois méthodes s'offrent à nous: l'interruption artificielle de la grossesse, la myomectomie, l'hystérectomie abdominale. De la première de ces interventions nous parlerons fort peu, elle nous paraît peu rationnelle; en effet, elle laisse subsister le fibrome et expose à l'hémorragie et à l'infection. Kyrcheiner lui attribue une mortalité de 40 0/0 (Th. de Paris, 1895). Seuls les cas d'urgence chez les cardiaques ou les rénales, ne pouvant supporter une opération abdominale, sont défendables.

La myomectomie est évidemment l'opération idéale, car elle conserve l'utérus et permet la continuation de la grossesse. On l'emploiera toutes les fois qu'elle paraîtra possible: gros polype du col, fibrome interstitiel du col pour la myomectomie vaginale.

La myomectomie abdominale sera facile quand il s'agira d'un fibrome sous-péritonéal pédiculé; les fibromes interstitiels ou intra-ligamentaires sont plus délicats, car ils exposent à l'avortement ultérieur; pour la pratiquer dans de bonnes conditions, il ne faut pas qu'il existe de lésions

septiques au niveau des noyaux à énucléer, et il ne faut pas que les fibromes soient trop volumineux ou trop nombreux. Reste enfin l'hystérectomie; ce sera l'ultime ressource toutes les fois que la myomectomie ne pourra pas être pratiquée.

OBSERVATIONS

Observation Première

Due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran. Gazette des Hôpitaux, 7 juillet 1914

Fibromes multiples de l'utérus. — Grossesse de deux mois. — Evolution rapide et gravité de l'état général. — Hystérectomie subtotale. — Guérison.

M. I..., âgée de 39 ans, domiciliée à Vinça, usine de Bartissol, entre à la salle Paulet, le 10 septembre, pour douleurs abdominales.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien à signaler. Par contre, du côté de ses antécédents personnels, nous relevons le rachitisme, la malade n'ayant fait ses premiers pas qu'à l'âge de 7 ans. Elle a été réglée à 14 ans; les règles sont régulières, précédées de douleurs lombaires durant quatre à cinq jours. Mariée à l'âge de 27 ans, elle n'a jamais eu d'accouchement ni d'avortement. En août, les règles ont manqué. Elles auraient dû venir vers le 7 août. En outre, ce jour-là, la malade fut prise de douleurs abdominales intenses, surtout au niveau de la fosse iliaque et du flanc gauche, et s'irradiant vers les lombes, et accompagnées de nausées et de malaise général avec de la fièvre. Cette crise a cessé lentement et progressivement le 1er septembre, c'est-à-dire après un séjour au lit de vingt-trois jours. Mais depuis le 4 septembre, la malade accuse de nouveau des crises douloureuses au niveau de la fosse

iliaque et du flanc gauche; ce sont des sensations d'élancements plus ou moins intenses survenant presque tous les jours durant deux à trois heures et accompagnées de constipation. De plus, elle a remarqué que le ventre est plus proéminent que d'habitude. Pas de leucorrhée appréciable. Elle urine difficilement (souvent trois ou quatre fois la nuit) et en souffrant pendant la miction. Des urines contiennent des traces légères d'albumine; il n'y a aucun symptôme réflexe de grossesse, et, surtout, du côté des seins, qui sont examinés en détail.

A l'examen, notre attention est attirée du côté de l'abdomen, qui est saillant en avant, avec quelques veines superficielles indiquant la circulation collatérale. La paroi abdominale est très adipeuse. A la palpation, on trouve une tumeur allongée se dirigeant de l'hypogastre vers le flanc gauche. Par la palpation, cette tumeur paraît composée de deux tumeurs superposées dont l'une est médiane et hypogastrique et l'autre est latérale et occupe le flanc gauche. La tumeur hypogastrique est dure, indolore, s'étendant à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne et à trois travers de doigt de chaque côté de la ligne médiane de la symphyse. La deuxième tumeur, située au-dessus et à gauche de la première, est de forme ovoïde, à grosse extrémité affleurant le rebord costal gauche; elle a le volume d'une tête fœtale, une consistance dure, surface irrégulière, avec des nodosités; elle paraît mobile et douloureuse à la palpation. Le périnée est bon, le vagin en bon état; le col est long, regardant en arrière et à droite, légèrement ramolli à sa partie inférieure, à orifice externe en fente. Le cul-de-sac antérieur est occupé par une saillie arrondie, dure dans sa plus grande partie, sauf à gauche, où elle est ramollie et présente nettement le phénomène de ballottement vaginal simple. Les autres culs-de-sac sont

libres et peu douloureux. Le toucher bimanuel confirme que la tumeur abdominale fait partie de l'utérus. L'examen des autres appareils, et en particulier des seins, ne donne rien à signaler. En présence d'un tableau clinique pareil, on fait le diagnostic d'utérus fibromateux avec des adhérences épiploïques et grossesse probable. La malade est mise au repos complet avec enveloppements froids sur le ventre et des lavements salés à garder. Malgré le repos et les calmants, l'état douloureux, quoique diminué d'intensité, persiste. D'un autre côté, l'utérus paraît farci de fibromes; il augmente de volume rapidement et atteint les fausses côtes, alors que la malade ne se connaissait pas de tumeur abdominale il y a deux mois; par conséquent, il n'y a guère de chance que cette grossesse, qui ne peut être affirmée, aille à terme sans accidents péritonéaux, sans avortement, sans hémorragies, sans les multiples accidents qui peuvent en troubler ou en arrêter le cours. Ces raisons nous font proposer la laparotomie abdominale comme la seule conduite rationnelle.

Intervention le 14 *septembre* 1911. — Anesthésie à l'éther goutte à goutte; laparotomie médiane; le péritoine ouvert, on protège les anses intestinales par de grandes compresses; on trouve alors une grosse tumeur irrégulière en bas et à droite et très adhérente à l'épiploon par son extrémité supérieure; les annexes des deux côtés sont scléro-kystiques. On fait une hystérectomie subtotale avec ablation des annexes. Après hémostase soignée et cautérisation du moignon utérin, ce dernier est fermé et péritonisé par la suture du péritoine vésical au feuillet postérieur du ligament large.

Les suites opératoires furent normales et la malade sortit guérie le 7 octobre 1911.

Examen de la pièce. — La pièce est de forme allongée, mesurant 25 centimètres dans son grand diamètre, à surface irrégulière, à cause de petits nodules fibromateux qui, plus ou moins volumineux, et de couleur blanchâtre, font saillie à la surface. Après avoir ouvert la tumeur suivant son long diamètre, d'avant en arrière, et du col vers le fond utérin, on voit que toute la paroi utérine est farcie de fibromes de volumes des plus variables. Les uns gros comme des oranges, les plus petits apparaissent comme des pois, faisant relief sur le tissu utérin. Ces fibromes sont les uns durs, les autres gélatineux, et quelques-uns même sont creusés de lacunes renfermant un peu de sérosité; ils sont, les uns sous-péritonéaux, surtout sur les faces antérieure et postérieure; d'autres sont sous-muqueux, ils déforment la cavité utérine et la rendent très allongée et tortueuse; enfin, beaucoup d'autres occupent l'épaisseur du muscle utérin, qui est à son tour épaissi et rougeâtre.

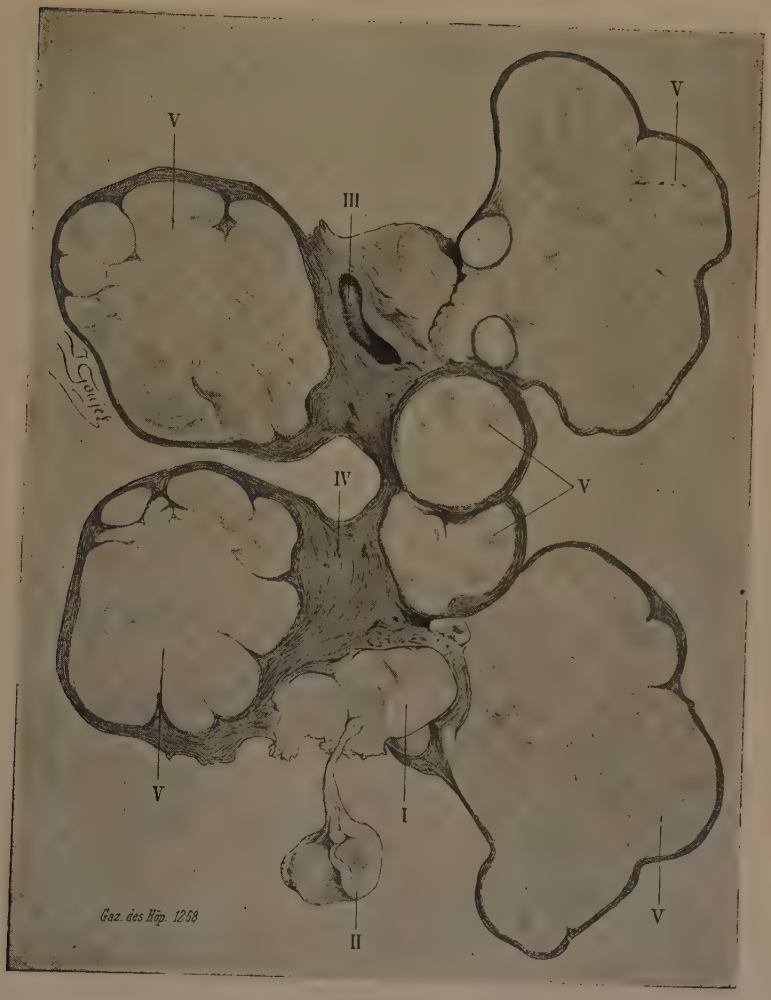
Vers le fond de l'utérus, et au niveau de la partie postérieure de la corne droite, existe un œuf ayant les dimensions de celui d'une poule et renfermant un petit embryon de 25 millimètres de longueur.

Observation II

Due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran. Gazette des Hôpitaux, 7 juillet 1914

Utérus fibromateux. — Grossesse de trois mois. — Torsion d'un fibromyome utérin, péritonite et appendicite. — Hystérectomie subtotale, appendicectomie. — Guérison.

Mme S..., âgée de 38 ans, primipare, nous consulte le 12 février 1913 pour accidents péritonéaux ayant débuté brusquement par des douleurs abdominales intenses au



Fibromes multiples de l'utérus; grossesse de deux mois. — I. Placenta ; II. Œuf ; III. Corne gauche et cavité utérine; IV. Fond de l'utérus ; V. Fibromes.

niveau de la fosse iliaque droite et s'irradiant bientôt à tout le ventre. Ces douleurs n'ont pas tardé à s'accompagner de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, et d'arrêt des matières fécales et des gaz. Le ventre est volumineux, ballonné. On sent une tumeur dure et douloureuse occupant l'hypogastre et la fosse iliaque droite. En présence de ce tableau clinique, et étant donnée la persistance des règles, on pense à la torsion d'une tumeur pédiculée, et on opère d'urgence le 15 février. Anesthésie à l'éther goutte à goutte, laparotomie sous-ombilicale et médiane. Le péritoine incisé est rouge, enflammé et présente un peu de sérosité dans sa cavité. A l'ouverture du ventre, deux tumeurs se présentent: 1° utérus gros bourré de gros noyaux fibromateux, à surface très enflammée, et 2° à sa corne droite, un fibrome du volume des deux poings, tordu sur son pédicule; l'appendice est rouge, épais et très adhérent au cæcum. On fait l'appendicectomie et une hystérectomie subtotale. En raison de la péritonite, on fait un double drainage abdominal et transcervical et on reconstitue la paroi du ventre. L'ouverture de la cavité utérine montre un embryon de trois mois s'insérant sur la paroi postérieure; la paroi utérine est infiltrée de gros noyaux fibromateux dont certains font saillie sous la muqueuse et déforment la cavité de l'organe; les plus gros sont au voisinage du col.

Les suites opératoires sont excellentes, malgré la température de 38° et le pouls de 110 des deux premiers jours. A la suite des injections sous-cutanées d'huile camphrée et des lavements salés à garder, le pouls devient moins rapide et la diurèse augmente. Le quatrième jour on enlève le drain vaginal, et le sixième jour le drain abdominal; le onzième jour, les fils.

La malade est guérie complètement au bout de vingt-cinq jours.

Observation III

Inédite due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran

Fibrome gravidique du segment sus-vaginal de l'utérus. — Troubles de compression au cinquième mois. — Myomectomie vaginale. — Continuation de la grossesse.

M. L..., âgée de 34 ans, primipare, domiciliée à Montpellier, est examinée par nous le 5 février 1914 pour phénomènes d'obstruction intestinale.

Le jour de notre premier examen, notre malade présente une grossesse remontant à cinq mois. Les premiers mois de la grossesse ont été normaux, à part une constipation nécessitant l'usage de laxatifs et de lavements. La santé antérieure de la malade a toujours été satisfaisante. La constipation des trois premiers mois s'est aggravée au cours du quatrième; de plus, la malade souffre dans la zone du plexus sacré; elle présence des varices énormes des grandes lèvres, surtout à gauche; le membre inférieur gauche est également variqueux. Les urines sont rendues facilement, de quantité et de qualité normales.

Dans les premières semaines du quatrième mois, la constipation devint complète: ni gaz, ni matières, ne sont rendus pendant cinq jours. Une purgation d'huile de ricin amène une débâcle, et le médecin traitant, satisfait par l'effet du purgatif, attend de nouveaux événements, après avoir toutefois constaté derrière le col de l'utérus une tuméfaction, cause probable des troubles.

Quinze jours plus tard, nouvel arrêt des matières et des gaz. La malade vomit vert, a des hoquets, du ballonnement du ventre.

Le doigt introduit dans le vagin bute sur une tumeur arrondie, lisse, dure, qui semble remplir tout le conduit et le fermer.

Cette tumeur est recouverte par la muqueuse du cul-de-sac postérieur, qui s'est étalée à sa surface. Le col utérin est très mou et haut situé; il est aplati derrière le pubis; on le mobilise avec peine.

Nous portons le diagnostic de fibrome du segment inférieur de l'utérus, enclavé dans le petit bassin et comprimant le rectum.

Le toucher rectal donne un renseignement précis et confirmatif de la pression exercée sur le rectum par le fibrome. Le doigt ne peut déplacer la tumeur et ne s'insinue qu'avec peine entre elle et la concavité du sacrum. En présence de la gravité des phénomènes généraux, l'opération est décidée.

6 *février* 1914. — Myomectomie vaginale. Anesthésie à l'éther goutte à goutte. Incision de 7 centimètres sur la saillie de la tumeur; celle-ci est bien exposée par deux pinces de traction, tirant ses deux pôles et exerçant leur action sur toute l'épaisseur de la paroi vaginale.

Le vagin incisé, le bistouri aborde l'utérus. Une incision de 5 centimètres environ est faite sur le muscle utérin. Le fibrome, à l'étroit dans sa loge, fait hernie à travers la brèche pratiquée. D'abord libéré sur ses flancs, le fibrome est bientôt énucléé en entier et enlevé avec des pinces à traction.

L'hémorragie est très modérée et ne nécessite pas de tamponnement. La cavité utérine n'est pas ouverte. Un surjet au catgut ferme rapidement la loge du fibrome. Des points, également au catgut, sont mis sur l'incision vaginale.

Suites opératoires. — Dans la soirée même, il y a une émission de gaz, et le lendemain un léger purgatif aide à l'évacuation de l'intestin.

A aucun moment, la malade ne nous donne d'inquiétude. Elle se rétablit sans incidents et se lève le quatorzième jour.

La grossesse a suivi son cours normal, et Mme L... est accouchée à terme, ces jours derniers, d'un garçon venu en O. I. G. A.

Observation IV

(Résumée)

Fibrome compliquant la grossesse et déterminant des accidents graves. — Hystérectomie abdominale (Mouchotte, Gaz. méd. de Paris, 5 avril 1911

M..., âgée de 38 ans, fut réglée à 14 ans. Règles douloureuses jusqu'à 28 ans. A 37 ans et demi, M... se marie (1910). Au cours de l'année qui précéda son mariage, elle avait remarqué que son ventre s'était développé et elle éprouvait quelques douleurs abdominales. Quelques jours après son mariage, elle eut ses règles (du 5 au 9 février), qui ne reparurent plus. Fin février, M... commença à souffrir dans le bas-ventre; en mars, le ventre grossit anormalement et la pesanteur est telle qu'il lui est impossible de sortir de chez elle.

En mai, les douleurs augmentent fortement et deviennent continuelles; fin juin, elles empêchent le sommeil et arrachent des cris à la malade au moindre mouvement; très souvent, apparaissent des crises douloureuses très aiguës durant plusieurs heures.

Il existe aussi des alternatives de diarrhée et de constipation ainsi que des troubles urinaires. Certains jours, M... urine très peu, une ou deux fois par vingt-quatre heures, et en très petite quantité, tandis qu'elle éprouve de vives douleurs hypogastriques et lombaires. Au cours du

mois de juin, la respiration devient plus difficile, la face est fréquemment violacée. Puis l'état général s'altère rapidement; le visage se tire, un amaigrissement inquiétant se produit. Fin juin, M... « sent remuer » dans le côté droit du ventre. Début de juillet, la situation devient intolérable; un accoucheur consulté propose un avortement thérapeutique et ordonne le repos au lit.

Le 11 juillet, M... se soumet à l'examen du docteur Mouchotte: le facies est très tiré, les joues sont violacées, la parole est entrecoupée et la respiration très gênée; les jambes sont légèrement enflées, les urines renferment de l'albumine, circulation collatérale abdominale; l'examen de l'abdomen montre qu'il s'agit d'un utérus gravide fibromateux, à côté et à gauche duquel se trouve une tumeur, sur la nature et les connexions de laquelle le diagnostic reste imprécis. Il est prescrit le régime lacté absolu, des boissons diurétiques, le repos absolu au lit, un lavement quotidien.

Après quelques jours, d'une amélioration relative, nouvelle poussée douloureuse avec grande gêne respiratoire; aussi, le 21 juillet, M... entre à la Maison de santé de l'Observatoire. Examen complémentaire d'Ertsbischoff pour éliminer le rein, examen du sang (Agasse-Lafont), qui élimine l'idée d'une leucémie. Le 24 juillet, météorisme considérable, absence de gaz, coliques vives.

Le 27 juillet, nous pratiquons la laparotomie, aidé par les docteurs Eudes et Chabrun. Chloroformisateur: docteur Chevalier. La femme est placée en position très légèrement déclive et un peu inclinée sur le côté droit. Nous faisons une longue incision remontant notablement au-dessus de l'ombilic. L'utérus est découvert. Sa face antérieure est occupée, sur plus des deux tiers de sa surface, par un volumineux fibrome sessile; elle présente, en outre, plu-

sieurs autres petits fibromes. Le long du bord gauche de l'utérus, descendent des anses intestinales, qui ne peuvent être qu'incomplètement refoulées pour le moment et difficilement maintenues par de grandes compresses. La main pénètre alors dans la région gauche de l'abdomen et l'explore rapidement; elle contourne par le haut le pôle supérieur d'une volumineuse tumeur, descend sur sa face postérieure et rend compte que, en dehors de quelques adhérences molles facilement rompues, cette tumeur est tout à fait libre, sauf au niveau de son insertion à droite. Elle est bien enclavée dans sa loge abdominale; aussi est-ce avec peine qu'elle est énucléée hors du ventre, entraînant avec elle l'utérus gravide, sur le bord gauche duquel elle est fixée par un large et épais pédicule. Il s'agit d'un volumineux fibrome. L'intestin est refoulé par les compresses en arrière de la masse totale (utérus gravide fibromateux et tumeur fibreuse). L'utérus, dont la face postérieure est maintenant accessible, présente plusieurs noyaux fibreux saillants, et un volumineux fibrome appartenant à la partie postéro-inférieure du corps utérin et postérieure du col. Le volume énorme du pédicule de la tumeur juxta-utérine, sa fixation sur le bord utérin dans la région des gros vaisseaux contre-indiquent une myomectomie et imposent une hystérectomie, que la dégénérescence fibro-myomateuse presque totale de l'utérus gravide fait faire moins à regret. L'hystérectomie supra-vaginale est pratiquée de gauche à droite. L'amputation est très basse, voisine de l'insertion vaginale, dans le but d'éviter, si possible, l'ouverture des membranes et l'issue du liquide amniotique, afin de passer au-dessous de la grosse masse fibreuse postéro-inférieure. Les pédicules sont liés au catgut. Péritonisation. Drain n° 40. Fermeture de la paroi en trois plans.

Les suites furent simples. Le surlendemain de l'opéra-

tion, la température rectale et le pouls atteignaient leur maximum (T.: 38°7; P.: 92). Le troisième jour, la température était de 38° et 38°2; le pouls à 80 et 88. Pendant les trois premiers jours, on fit 500 grammes de sérum. La quantité d'urine émise fut de 800 à 950 grammes. Le quatrième jour, la quantité d'urine évacuée dépassa le litre et se maintint à ce taux. L'albumine disparaissait. Le drain abdominal fut changé de jour en jour, pendant cinq jours, et supprimé le sixième. Lors des premiers pansements, il fut fait de l'aspiration. Le sommeil reparut, l'état général se rétablit. Le vingt-huitième jour, lever. Sortie en parfait état le 25 août.

Examen de la pièce. — L'utérus a été sectionné immédiatement au-dessus du pôle inférieur de l'œuf.

Face antérieure. — La hauteur de l'utérus est de 22 centimètres; sur cette face antérieure, on voit la saillie du fibrome qui recouvre les deux tiers de la surface utérine antérieure; elle mesure 14 centimètres de hauteur; il existe un fibrome du volume d'un petit œuf; on voit encore quelques autres saillies fibromateuses.

Attenant au bord gauche de l'utérus, est une volumineuse tumeur fibreuse mesurant 19 centimètres de hauteur sur 14 d'épaisseur; le pédicule a 9 centimètres de hauteur.

Face postérieure. — Hauteur, 28 centimètres; elle est bosselée par plusieurs saillies fibromateuses.

Coupe de l'utérus. — Le fœtus est en présentation du siège; il est assis sur la saillie d'un fibrome pariétal; en face, est une autre saillie fibromateuse. Ces deux masses délimitent un chenal étroit de 7 centimètres de longueur sur 2 de large en haut et 1 centimètre à la partie moyenne; c'est ce chenal qu'aurait eu à traverser le fœtus si cela eût pu être possible.

Fig. 1. — Fibrome et grossesse (face antérieure)
(Mouchotte)

Fig. 2. — Coupe de l'utérus précédent

Observation V

(Résumée)

Fibromes multiples de l'utérus. — Grosse de deux mois environ. — Hystérectomie abdominale. — Guérison. (Bender, thèse Burty, Paris, 1907)

D. E..., 57 ans, couturière; règles toujours douloureuses avant le mariage (22 ans). Jamais de grossesse.

Dernières règles le 2 avril 1907. En mai, le ventre qui avait toujours été volumineux se mit à grossir à vue d'œil; il existait en même temps un écoulement roussâtre.

A l'examen (juin 1907) on constate que le ventre est volumineux et surchargé de graisse; la tumeur remonte au-dessus de l'ombilic; en avant et à gauche, près de l'arcade crurale on perçoit, implantée, sur la masse principale, une masse arrondie et dure du volume d'une mandarine. Le toucher montre que l'excavation pelvienne est complètement remplie par une tumeur volumineuse qui fait corps avec la masse perçue par le palper abdominal. Cette masse ne peut être élevée dans le bassin, elle paraît bridée et étroitement appliquée sur les parois pelviennes.

L'orifice du col est largement entr'ouvert, sa consistance est molle.

Le diagnostic de fibrome ne faisait pas de doute; Bender fit aussi le diagnostic de fibrome compliqué de grossesse. Que convenait-il de faire? Le fibrome était volumineux et enclavé dans le bassin, la malade ressentait des douleurs dans le domaine du sciatique et du crural, avec aussi de la constipation; le col était béant d'une manière anormale, l'écoulement séro-sanguin était persistant, ce qui amenait à prévoir l'éventualité d'une fausse couche: la malade, de plus, ne voulut pas s'exposer aux risques d'une opération césarienne et d'une hystérectomie à

terme; ces considérations décidèrent Bender à conseiller l'intervention, sous réserve de pratiquer, si possible une opération conservatrice.

Opération le 22 juin 1907. Laparotomie médiane.

Le fibrome est très gros; la multiplicité des corps fibreux rend impossible toute opération conservatrice. Hystérectomie subtotale, guérison.

Examen des pièces. — La pièce pesait 1.480 grammes. Le fibrome le plus volumineux siège dans la paroi utérine postérieure. Les annexes sont saines. La cavité utérine est dans la partie antérieure de la tumeur; le fœtus est long de 10 centimètres; le placenta s'insérait très bas.

Fig. 3. — Fibrome de l'utérus. Grossesse de deux mois (Bender, thèse Burty, 1907)

CONCLUSIONS

I. Il est impossible de formuler, à propos des fibromes compliqués de grossesse, une règle de conduite absolue. Les cas sont trop différents et, à chacun d'eux, correspond une indication spéciale.

II. D'une manière générale, à moins d'accident menaçant, on peut attendre et laisser la grossesse évoluer. Cependant l'expectation ne doit pas être poussée trop loin sous peine de devenir dangereuse.

Lorsqu'apparaissent des accidents de compression, des signes de réaction péritonéale; lorsque l'état général s'altère, il faut intervenir.

L'intervention est spécialement indiquée lorsqu'il s'agit de fibromes pelviens et que la grossesse est à son début. En présence d'une grossesse de six à sept mois, on fera tout son possible pour attendre le terme.

III. L'opération idéale, pendant la grossesse, est la myomectomie, qui permet de conserver l'utérus tout en enlevant le fibrome, cause des accidents et cause possible de dystocie au moment de l'accouchement. Cette opération a donné de bons résultats et devra être tentée toutes les fois qu'elle paraîtra possible.

Dans le cas contraire, on pratiquera l'hystérectomie.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne mentionnerons pas ici tout ce qui a trait au fibrome compliquant la grossesse, non plus tout ce qui concerne la chirurgie des tumeurs fibreuses; nous n'aurons en vue dans cet index que des travaux se rapportant aux « Indications opératoires des fibromes au cours de la grossesse ».

Cette bibliographie ne compte que des travaux récents, parus depuis 1907; pour la bibliographie antérieure, nous la trouverons très détaillée dans les thèses de Turner (Paris, 1900) et de Joubert (Paris, 1907).

Amann. — Hystérectomie abdominale totale d'un utérus gravide myomateux enclavé dans le petit bassin. Monat. f. Geb. und Gyn., 5 mai 1911, t. XXXIII, pp. 647-656.

Baer. — Tumeur fibreuse compliquant la grossesse rendant la continuation dangereuse et l'accouchement naturel impossible. The Amer. Journ. of obt. and diseases of women and children, 1910.

Boudol. — Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris, janv. 1910, pp. 47-59.

Camelon. — Volumineux fibromyome du col d'un utérus gravide. Soc. méd.-chir. de Glasgow, déc. 1910.

Castello. — Fibrome utérin et grossesse. Rev. d. med. y. cir. de la Habana, 1912.

Dartigues. — Bull. et mém. de la Soc. d. méd. de Paris, mars 1913, n° 5, pp. 222-239, et Paris chir., 1907.

Delletrez. — Grossesse et fibromes utérins. Prov. Med., 1910, p. 377.

Delaunay. — Paris Chir., mai 1907, p. 416.

Duchamp. — Fibrome et grossesse. La Loire Méd., 16 oct. 1912.

Got. — Fibrome et grossesse. Journ. de méd. de Bordeaux, 2 oct. 1910.

Haultain. — Sur la grossesse compliquée de fibromyomes utérins. Brit. Med. Journ., 5 déc. 1908.

Hausser. — Myôme et grossesse. Klin. Therap. Woch., 1913, n° 11.

Hill. — Fibromes utérins compliquant la grossesse. The Journ. of the amer. med. Assoc., 28 mai 1910.

Kufferath. — Journ. méd. de Bruxelles, 1er juillet 1909.

Krusen. — Tumeurs fibreuses compliquant la grossesse et l'accouchement. Amer. Journ. of obst., 1910.

Lapeyre et Rouvière. — Grossesse et fibrome. Montpellier Méd., 15 fév. 1914.

Leyken. — Sur la grossesse compliquée de fibrome. Th. de Bonn, juin 1911.

Miller. — Fibrome et grossesse. The Amer. Journ. of obst. and. dis. of women and children, avril 1911.

Mouchotte. — Fibromes compliquant la grossesse et déterminant des accidents graves. Gaz. méd. de Paris, 5 avril 1911.

Napalkoff. — Grossesse compliquée de fibrome; hystérectomie. Chir. Arch. Veliam., 1910, n° 2.

Potocki. — L'hypertrophie rapide et précoce des fibromes utérins pendant la grossesse. C. r. de la Soc. d'obst., de gyn. et de pæd. de Paris, 8 avril et 8 mai 1911.

Puslow. — Utérus gravide fibromateux. Soc. royale de méd. de Londres, 1913.

Roche. — Fibrome et grossesse. Bourgogne Méd., 15 mai 1912.

Roux (De). — Myomectomie au quatrième mois, accouchement normal. Marseille Méd., 1er déc. 1912.

Schauta. — Myômes et grossesse. Wiener med. Woch., 2 oct. 1909.

Shnich. — Utérus gravide fibromateux. Centralbl. f. Gyn. 1er mai 1909.

Soubeyran et Œconomos. — Fibromes de l'utérus gravide. Montpellier Méd., 15 février 1914.

— Quand faut-il intervenir dans les fibromes compliquant la grossesse? (Gazette des Hôpitaux, juillet 1914, nos 77-78.)

Terechenkoff. — Contribution à l'ablation totale de l'utérus avec fibromes multiples pendant la grossesse. Journ. akouch. i jensks. bol., 8 avril 1913.

Thévenaud. — Grossesse et fibrome. Soc. des chir. de Paris, 21 oct. 1910.

Torrance. — Tumeurs fibreuses compliquant la grossesse. New-York med. Journ., 7 mai 1910.

Vignard. — Gaz. méd. de Nantes, 15 avril 1911.

Voron et Volmat. — Bull. de la Soc. obst, et gyn, de Lyon, Mars 1913.

Wyder. — Grossesses compliquées de fibromes. Hystérectomie totale. Corresp. Blatt f. Sch. Ærtze, 1er octobre 1910.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !